



Caso #: _____

Recibido: _____

Las áreas sombreadas son solamente para el uso de la agencia. Complete éste formulario para solicitar asistencia para las personas que ahora viven con usted. Usted será notificado de cualquier cambio que suceda en su caso.

1. Número total de personas que desea añadir a su caso:

Nombre del Caso	Número de Seguro Social	Número de Caso
------------------------	--------------------------------	-----------------------

2. Llene los espacios en blanco con la información de TODAS las personas que desea añadir a su caso.

Lea de Asistencia Alimenticia de 1977 por P.L. 997-98 requiere que usted provea el número de Seguro Social de todas las personas con quien vive. El número de Seguro Social será utilizado para verificar la identidad de los miembros de su hogar para prevenir doble participación y facilitar cambios masivos.

Apellido, Nombre, inicial del Segundo Nombre	Parentesco	Número de Seguro Social Número de Medicare	Fecha de Nacimiento	E d a d	S e x o	Ciudadano de los Estados Unidos			D E P
						Estado Civil	Sí o No	Escuela/ Adiestramiento	
1	Fecha en que se mudó:							Grado Completado:	
								¿Asiste actualmente a la Escuela? Sí No ¿Dónde?	
2	Fecha en que se mudó:							Grado Completado:	
								¿Asiste actualmente a la Escuela? Sí No ¿Dónde?	
3	Fecha en que se mudó:							Grado Completado:	
								¿Asiste actualmente a la Escuela? Sí No ¿Dónde?	
4	Fecha en que se mudó:							Grado Completado:	
								¿Asiste actualmente a la Escuela? Sí No ¿Dónde?	

3. Por favor, conteste éstas preguntas si la persona que se mudó a su casa no es ciudadano de los Estados Unidos.

Servicios Médicos de Emergencia NO le serán negados por motivo de su ciudadanía.

Nombre	Alién #	Fecha de Entrada	País de Origen	Patrocinador o Agencia de Asentamiento	R E F I
Estado Legal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Residente Temporal con Amnistía <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro					

Nombre	Alién #	Fecha Entrada	País de Origen	Patrocinador o Agencia de Asentamiento	R E F I
Estado Legal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Residente Temporal con Amnistía <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro					

4. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso está embarazada? (Se requerirá una prueba médica de embarazo) Sí No

Nombre	Fecha esperando el nacimiento:
--------	--------------------------------

5. ¿A la persona(s) que desea añadir a su caso, se le conoce por otro nombre o apellido, por ejemplo, su nombre de soltera o un nombre de casada anterior?..... Sí No

Nombre Actual	Otro Apellido	Otro Nombre
---------------	---------------	-------------

6. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso tiene la intención de establecer su hogar en Utah?..... Sí No

7. A. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso, ha solicitado por, o ha recibido Asistencia Financiera, Médica o Alimenticia en los últimos 12 meses? Sí No

Nombre	¿Dónde?	Tipo de Asistencia	¿Cuándo?
--------	---------	--------------------	----------

B. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso ha sido descalificada del Programa de Asistencia Alimenticia por haber proporcionado Información incorrecta?..... Sí No
Si su respuesta es sí, ¿quién y en qué estado? :

8. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso (incluyendo niños), posee alguno de los puntos mencionados a continuación? Sí No
¿Ésta persona(s) tiene su nombre en propiedades o cuentas pertenecientes a otros? Sí No
 Cuenta de Ahorro **SV** Cuenta de Cheques **PC** Fondo Fiduciaria (TF/ TM/ TR) **TF** **CU** Cuenta Credit Union
 Dinero en Efectivo **C** Certificados largo plazo **TC** Bonos/ Acciones **S** **IR** IRA/ KEOGH/ 401K
 Cuenta de **IIM** (dinero tribal de aceite/ gasolina) Certificados de Mercado de Valores **MM** Otro

Nombre de la Institución Financiera	Numero de Cuenta	¿Cuenta con otra persona? Sí/ No	Tipo de Cuenta	Dueño / Dueños en Común	Cantidad	Ver	F I A C

9. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso posee alguno de los siguientes tipos de vehículos a continuación?..... Sí No
 Automóvil **CA** SnowMobile **SM** Motocicleta **MC** Otro Vehículo (Buggy, ATV, etc.)
 Camión/ Camioneta **TK** Casa Móvil **MH** Barco/ Motor **BT**

Tipo de Vehículo	Marca	Modelo	Año	¿Con Placas? Sí / No Número de Placas	Dueño/ Dueños	Uso	Cantidad Adeudada	Valor Actual	Ver	V E H I

10. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso es dueño de, o está comprando alguna propiedad mencionada a continuación?..... Sí No
INCLUYA PROPIEDADES DONDE USTED Y OTRA PERSONA, AUNQUE NO VIVA CON USTED, SEAN DUEÑOS EN COMÚN.
 La casa en que usted vive (exenta) **HO** Casa-Remolque **CT** Seguro de Vida (**LF/ LI**) Otras Casas **OH**
 Notas o Contratos (**NC/ NO**) Condominio de Tiempo Compartido **TS** Plan de Entierro/ Lote de Cementerio (**BS/ BC**)
 Propiedad Disponible para Renta Ganado/ Caballos (**LC/ LX**) Propiedades Vitalicias **LE**
 Derecho sobre Tierra/ Minerales **MR** Contrato de Arriendo de Gas o Aceite Herramientas/ Equipo/ Inventario **TE**
 Contratos Fúnebres/ Plan Funeral **FP**
 Otro

Tipo de Propiedad	Dueño/ Dueños en común	¿En común? Sí/ No	Valor Actual	Valor Líquido/ Efectivo	Ver	O T A S

11. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso recibe ayuda financiera educativa de alguna de las siguientes maneras?..... Sí No
- Becas (BI/ OF/ ON) Asistencia Educativa de Veteranos **VA** Otras Becas Educativas y Préstamos (OD/ OE/ OF/ ON)
- PELL/ BEOG SEOG SSIG (ST) NDSL
- 9 Otro (incluya la familia, estudio y trabajo, iglesia, empleador, etc.)

Nombre		Carrera	Horas de Crédito		Nombre		Carrera	Horas de Crédito		U N I E
Nombre de Escuela			Fecha esperada de Graduación		Nombre de Escuela			Fecha esperada de Graduación		
Tipo de Beca o Préstamo	Fecha de Solicitud o Recibido	Período de tiempo cubierto	Cantidad		Tipo de Beca o Préstamo	Fecha de Solicitud o de Recibido	Periodo de tiempo cubierto	Cantidad		
			\$					\$		
			\$					\$		
			\$					\$		

12. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso recibe cualquiera de los siguientes tipos de INGRESOS NO-SALARIALES? Sí No
- Seguro Social **SS** Seguro por Desempleo (**UC**) Pago Vitalicio del Servicio Civil Pensión (**CV/ RT**)
- Pensión por retiro Ferroviario **RR** Fondos Tribales (**OC**) SSI Subsidio Eclesiástico (**CC/ IK**)
- Regalo de Dinero en Efectivo (**CC**) Soporte Financiero Infantil **CS** Subsidio a los Veteranos **VA**
- Pensión por divorcio o Separación **A** Pagos de Suma Total **LS** Otros: Compensación del Trabajador **WC**
- ¿Existe retención de deducciones en los siguientes subsidios (Soporte Financiero Infantil, impuestos, seguro médico, pagos excesivos, etc)?
- Sí No. Explique: _____

Nombre	Tipo de Ingresos No-Laborales/ Número de Reclamación	Negado Si/ No	Cantidad		Fecha de Solicitud o Recibido	Fecha Inicial de Asistencia	U N I N
			\$	por			
			\$	por			
			&	por			

13. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso paga pensión por divorcio, separación o soporte infantil? Y ¿Es el cónyuge o el padre de una persona incapacitada?..... Sí No
- Si su respuesta es sí, proporcione el recibo.

14. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso es hijo/ hija o hermano de una persona incapacitada? Sí No
- ¿Si su respuesta es sí, ¿la persona sin incapacidad tiene ingresos? Sí No
- Si su respuesta es sí, haga su declaración en las preguntas 12 y 15.

15. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso recibirá o ha recibido ingresos éste mes debido a su empleo? Sí No
 Información de empleo (incluya si trabaja por su propia cuenta) – SE LE PEDIRA VERIFICACIÓN DE ESTE INGRESO.

NOMBRE					NOMBRE				
¿Es éste un trabajo temporal?		Si sí, ¿cuánto tiempo durará?		¿Cuál es su salario por hora?	¿Es éste un trabajo temporal?		Si sí, ¿cuánto tiempo durará?		¿Cuál es su salario por hora?
¿Cuán a menudo se le pagará? (Circule uno): Dos veces al mes Cada 2 semanas Mensual Semanal Diariamente Cada hora Otro:					¿Cuán a menudo se le pagará? (Circule uno): Dos veces al mes Cada 2 semanas Mensual Semanal Diariamente Cada hora Otro:				
Nombre del empleador (Si el empleador puede ser contactado), Dirección y Número Telefónico					Nombre del empleador (Si el empleador puede ser contactado), Dirección y Número Telefónico				
Fecha de comienzo		Promedio de Horas Semanales Trabajadas		Día del Mes/ Semana Pagada	Fecha de comienzo		Promedio de Horas Semanales Trabajadas		Día del Mes/ Semana Pagada
Fecha del Pago Día/Mes/Año	Horas Trabajadas	Total	Propinas	Pago Actual/ Cálculo Aproximado	Fecha Pagado Día/Mes/Año	Horas Trabajadas	Total	Propinas	Pago Actual/ Cálculo Aproximado

Si trabaja por su propia cuenta, haga una lista de los gastos de su propio negocio:

16. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso paga Soporte Financiero Infantil? Sí No
 Si su respuesta es sí, ¿cuánto paga por mes?

17. ¿La persona(s) que desea añadir a su caso desea ayuda con las cuentas por servicios médicos recibidas en los últimos tres meses? . Sí No

Nombre	Fecha del Servicio	Fecha del Retro-activo Médico

¡EVITE PROBLEMAS! Usted puede evitarse serios problemas asegurándose de que conoce sus derechos y obligaciones, al igual de las reglas para recibir asistencia pública. Por favor, lea las declaraciones a continuación cuidadosamente. Si hay algo que usted no entienda claramente, pregúntele a su trabajador (a). Asegúrese de que usted entienda todo claramente antes de firmar ésta solicitud.

- TODOS LOS MIEMBROS DE MI HOGAR OBEDECERÁN LAS REGLAS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTICIA (IFS SOLICITUD DE ASISTENCIA ALIMENTICIA) Y ASISTENCIA FINANCIERA (SI SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA). NO MENTIREMOS, NI OCULTAREMOS NINGUNA INFORMACIÓN. NO COMPARTIREMOS ASISTENCIA ALIMENTICIA CON PERSONAS QUE NO TENGAN DERECHO A UTILIZARLAS. NO UTILIZAREMOS ASISTENCIA ALIMENTICIA PARA COMPRAR ARTÍCULOS NO-ELEGIBLES. NO UTILIZAREMOS LA ASISTENCIA ALIMENTICIA DE OTRAS PERSONAS, A MENOS QUE SEAMOS SUS REPRESENTANTES AUTORIZADOS. SI ROMPEMOS CUALESQUIERA DE ESTAS REGLAS, PODEMOS PERDER EL PRIVILEGIO DE RECIBIR ASISTENCIA ALIMENTICIA, O AYUDA FINANCIERA. LA PRIMERA VEZ QUE ÉSTO SUCEDA, NO SE NOS PERMITIRÁ RECIBIR ASISTENCIA POR 6 MESES. LA SEGUNDA VEZ QUE ÉSTO SUCEDA, SEREMOS DESCALIFICADOS Y NO RECIBIREMOS ASISTENCIA POR 12 MESES. SI ESTO SUCEDER UNA TERCERA VEZ, PODEMOS SER DESCALIFICADOS PERMANENTEMENTE DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTICIA, O DE ASISTENCIA FINANCIERA. TAMBIÉN, ES POSIBLE QUE SEAMOS MULTADOS POR LA CANTIDAD DE \$250.000.00 DOLARES, O ENCARCELADOS HASTA POR 20 AÑOS. TAMBIÉN, ES POSIBLE QUE SEAMOS JUZGADOS BAJO OTRAS LEYES. TAMBIÉN, LA CORTE PUEDE MANDAR QUE EL ACUSADO SEA SUSPENDIDO DEL PROGRAMA POR 18 MESES ADICIONALES. SI UTILIZO LA ASISTENCIA ALIMENTICIA PARA COMPRAR, O VENDER SUBSTANCIAS CONTROLADAS (DROGAS ILEGALES, O MEDICINAS QUE SOLO SE DEBEN VENDER CON RECETA MÉDICA) PUEDO SER DESCALIFICADO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTICIA. 12 MESES POR SER LA PRIMERA OFENSA, Y PERMANENTEMENTE POR LA SEGUNDA OFENSA. SI UTILIZO LA ASISTENCIA ALIMENTICIA PARA COMPRAR, O VENDER ARMAS DE FUEGO, MUNICIONES, O EXPLOSIVOS, PUEDO SER DESCALIFICADO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTICIA PERMANENTEMENTE.
- He recibido un folleto titulado "Derechos y Obligaciones." Leeré éste folleto. Si hay algo que no entiendo, le pediré a un trabajador (a) que me lo explique.
- Es mi responsabilidad el informar transferencia de bienes y pagos de cantidades globales. Ejemplos de cantidades globales: Decisiones de pago de aseguradoras,

pagos atrasados del Seguro Social, salarios, pagos por separado, pagos como una ganancia inesperada tales como herencias, ganancias en la lotería, compensación por daños y perjuicios, y Compensación al Trabajador. Existen reglas especiales en cuanto a ingresos por pagos de cantidades globales. Para saber como éstos pueden afectar su elegibilidad en el futuro, comuníquese con su trabajador(a).

- Entiendo que los miembros del hogar que no se encuentran exentos federalmente, se registrarán para trabajar.
- Bajo pena de perjurio, todos los miembros del hogar son ciudadanos, o extranjeros con un estatus legal de inmigración de los ESTADOS UNIDOS.
- Si solicito Asistencia Financiera y Alimenticia en la misma solicitud, mi Asistencia Alimenticia puede ser reducida después de la aprobación de la Asistencia Financiera. Si ésto sucede, no recibiré ninguna notificación previa.
- En consideración de la Asistencia Médica, asigno al Departamento de Salud del estado de Utah todos mis derechos de asistencia médica. Autorizo el pago de ésta Asistencia directamente al Departamento de Salud. Si el Departamento de Salud paga por mi cuidado médico, les daré el dinero que reciba de cualquier póliza de seguros. También, les daré dinero que reciba de cualquier persona que esté obligada a pagar por mis gastos médicos. Acuerdo en mantener libre de daños o acusaciones a cualquier persona u organización que haga pagos al Departamento de la Salud debido a éste acuerdo.
- Al aprobarse la Asistencia Médica, cedo cualquiera y todos mis derechos de soporte médico al Departamento de Human Services (Servicios Humanos). Estoy de acuerdo en cooperar con el Departamento de Human Services para establecer y recolectar pensión por razón de divorcio o separación, y Soporte Financiero Infantil para mi familia.
- Cualquier persona u organización que tenga información sobre mi salud, o a la salud de mi familia, puede proporcionar ésta información al Departamento de Salud y al proveedor médico.
- El Departamento de Workforce Services (DWS) y el Departamento de Salud pueden proveer información a los proveedores de servicio médico sobre mi elegibilidad.
- Entiendo que la Asistencia Financiera para la mayoría de las familias se limita a un total de 36 meses, comenzando desde 1 de enero de 1997. Meses adicionales pueden ser aprobados si tengo un historial de trabajar medio tiempo (80 horas al mes) mientras que recibo Asistencia Financiera, o si me han declarado médicamente incapaz de trabajar. El límite de tiempo de 36 meses no se aplica cuando todos los padres de familia reciben pagos por incapacidad del Seguro Social, o cuando la Asistencia se proporciona a los niños que viven con parientes que no están incluidos en la Asistencia Financiera.
- Entiendo que como condición para recibir Asistencia Pública, automáticamente he transferido a la Oficina de Recovery Services (Servicios de Recaudación), todo pago dirigido a mí o a mis hijos de parte de cualquier persona. Estos pagos pueden ser de soporte, pensión por divorcio o separación, soporte médico, cantidades atrasadas o que estarán atrasadas, a mi nombre y el de mis hijos. Además entiendo que cualquier persona puede proporcionar giros monetarios, cheques, giros postales u otros instrumentos negociables a la Oficina de Recovery Services por tener la obligación de proporcionar soporte financiero. La Oficina de Recovery Services tiene el poder de actuar en mi nombre al endosar y cobrar todo giro monetario, cheques, giros postales u otros instrumentos negociables recibidos por el Departamento como pagos de soporte.
- CUALQUIERA Y TODOS LOS ELEMENTOS DE ELEGIBILIDAD ENUMERADOS EN ESTE FORMULARIO PUEDEN SER VERIFICADOS por el Gobierno Federal, el Estado de Utah, el Departamento de Workforce Services (DWS), el Departamento de Human Services, La oficina de Servicios de Inmigración y Naturalización (INS), o el Departamento de Salud.

Yo, _____ he leído, o me han sido leídas las declaraciones antes mencionadas. Entiendo esas declaraciones. Bajo pena de perjurio, juro que las respuestas que he dado son verdades y correctas. Yo soy la persona representada por la firma en éste documento. Entiendo que cualquier información falsa en éste documento dará lugar a un procesamiento por fraude. Entiendo que puedo solicitar una audiencia justa si no estoy de acuerdo con la decisión tomada en cuanto a ésta solicitud.

Firma o Marca del Solicitante
Representante (Asistencia Alimenticia solamente)

Firma o Marca del Cónyuge

Firma Autorizada

Trabajador(a)	Número de Trabajador	Fecha de Entrevista
---------------	----------------------	---------------------

"El programa de Asistencia Alimenticia es un programa no-discriminatorio. Si usted cree que ha sido discriminado por su raza, color de piel, origen, edad, sexo, incapacidad, creencias políticas o religiosas, escriba inmediatamente al Secretario/a de Agricultura, Washington, dc 20250."